

UNIVERSITE D'ALGER

INSTITUT DES SCIENCES MEDICALES

Année 1972 - N°

PSYCHOSES ET PUERPERALITE
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1972

par

BOUAZIZ Salima née SAHRAOUI

le 2 Février 1936 à BLIDA

MEMBRES DU JURY

M.M. K. BENMILOUD

Professeur (Psychiatrie)

PRESIDENT

P. ROCHE

Professeur (Chirurgie Générale)

B. OULD ROUIS

Professeur (Pathologie Infectieuse)

JUGES

N. LALIAM

Maître Assistant (Gynécologie Obstétrique)

UNIVERSITE D'ALGER

INSTITUT DES SCIENCES MEDICALES

Année 1972 - N°

PSYCHOSES ET PUERPERALITE
A PROPOS D'UNE EXPERIENCE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1972

par

BOUAZIZ Salima née SAHRAOUI

le 2 Février 1936 à BLIDA

MEMBRES DU JURY

M.M. K. BENMILOUD

Professeur (Psychiatrie)

PRESIDENT

P. ROCHE

Professeur (Chirurgie Générale)

B. OULD ROUIS

Professeur (Pathologie Infectieuse)

N. LALIAM

Maître Assistant (Gynécologie Obstétrique)

} **JUGES**

UNIVERSITÉ D'ALGER

INSTITUT DES SCIENCES MÉDICALES

Année 1972 - 73

PSYCHOSES ET PUÉRPÉRALITÉ
A PROPOS D'UNE EXPÉRIENCE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1972

par

BOUAZIZ Salima née SAHRAOUI

le 2 Février 1972 à BLIDA



MEMBRES DU JURY

PRESIDENT

Professeur (Psychiatrie)

M.M. K. BENMILLOUD

Professeur (Chirurgie Générale)

P. ROCHE

Professeur (Pathologie Intérieure)

B. OULD ROUS

Maitre Assistant (Gynécologie Obstétrique)

M. LALAM

JUGES

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Je dédie cette thèse

A mon père et à ma mère pour leur immense sacrifice,

A mon mari pour l'encouragement constant qu'il a apporté
à mes études,

A mes enfants Arezki, Yamina, Mourad et Mahmoud,
qu'ils me pardonnent si je les ai parfois négligés,

A tous mes frères et soeurs pour leur aide affectueuse,

A Claude et Malika,

A Mina,

A tous mes amis.

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur K. BENMILOUD

Professeur de Psychiatrie.

Nous avons hautement apprécié la clarté et la rigueur de votre enseignement, votre souci de la précision et votre esprit de synthèse.

Vous nous avez accueillie avec bienveillance dans votre service, ne nous ménageant pas votre temps, nous aidant par vos conseils.

Vous nous avez fait le grand honneur de nous confier ce sujet de thèse, et vous nous faites aujourd'hui le grand honneur de présider ce jury.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre reconnaissance et notre profonde admiration.

A mes juges

Monsieur le Professeur P. ROCHE

Professeur de Chirurgie.

Vous nous avez fait bénéficier tout au long de notre stage dans votre service, de votre grande compétence.

Nous vous exprimons ici notre profonde gratitude pour l'encouragement et l'aide que vous nous avez toujours prodigué.

Nous vous sommes reconnaissante de l'honneur que vous nous faites en jugeant ce travail.

Monsieur le Professeur B. OULD.ROUIS

Professeur de Pathologie infectieuse

Nous avons apprécié votre enseignement magistral au
cours de nos années d'études.

Vous nous avez toujours prodigué vos conseils éclairés
et bienveillants.

Qu'il nous soit permis ici de vous exprimer notre amitié
et notre profonde reconnaissance.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger notre thèse.

A Madame le Docteur N. IALIAM,

Maître Assistant de Gynécologie et Obstétrique.

Vous avez toujours été pour nous un exemple d'énergie
et de sens du devoir.

Nous apprécions hautement votre grande compétence et
l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer toute notre
admiration et nos remerciements pour avoir accepté de juger
cette thèse.

A Monsieur le Professeur SEROR

Professeur de Chirurgie.

Nous avons accompli dans votre service notre premier stage hospitalier. Maître incontesté de votre discipline, vous nous avez appris le respect du malade et de la médecine.

Vous nous avez fait prendre conscience du rôle et des devoirs du médecin.

Nous vous rendons hommage et vous remercions d'avoir été notre maître.

A Monsieur le Professeur MENTOURI

Professeur de chirurgie.

Nous vous sommes reconnaissante d'être sévère avec vos élèves car vous l'êtes autant avec vous-mêmes.

Vous avez été pour nous, pendant notre stage de chirurgie, un exemple de l'amour du travail bien fait. Vous combattez inlassablement la négligence et la facilité.

Nous vous remercions pour votre enseignement de qualité et vous exprimons notre profonde considération.

A Monsieur le Professeur MOSTEFAÏ

Professeur de Cardiologie.

Vous nous avez enseigné votre spécialité avec patience et compétence. Nous avons apprécié votre remarquable sens clinique.

Nous vous remercions pour l'extrême bienveillance avec laquelle vous nous avez accueillie dans votre service, et pour l'intérêt que vous avez porté à nos études.

Nous vous exprimons ici notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé OUSSEDIK
Professeur Agrégé de Pneumophtisiologie

Nous avons été sensible à la grande confiance que vous
nous avez témoignée lors de notre stage d'Interne dans votre service.

Nous avons hautement apprécié votre grande expérience
dans votre spécialité.

Nous vous remercions de tout ce que vous nous avez
appris.

A Monsieur le Professeur MARTINI

Professeur de Chirurgie.

Vous nous avez appris à respecter jusqu'aux plus humbles tâches du chirurgien.

Vos cours magistraux seront toujours pour nous des guides précieux.

Nous vous remercions pour cet enseignement et pour l'aide amicale que vous ne nous avez jamais refusée.

A Monsieur le Professeur KHATI

Professeur de Pédiatrie.

Vous nous avez accueillie avec une grande bienveillance dans votre service.

Nous sommes très sensible à l'intérêt que vous portez à notre formation.

Nous admirons votre grande compétence et votre simplicité.

Nous vous remercions d'être notre Maître.

A Madame le Professeur	BENALLEGUE
A Monsieur le Professeur	ABDELMOUMENE
A Monsieur le Professeur	ABADA
A Monsieur le Professeur	ABOULOULA
A Monsieur le Professeur	ABDELOUAHAB
A Monsieur le Professeur Agrégé	BOUCEBCI
A Monsieur le Professeur	ATT-KHALED
A Monsieur le Professeur	M. BENMILOUD
A Monsieur le Professeur	CHITOUR
A Monsieur le Professeur	COLONNA
A Monsieur le Professeur	GERONIMI
A Monsieur le Professeur	GRANGAUD
A Monsieur le Professeur	ILLOUL
A Monsieur le Professeur Agrégé	KHEDDARI
A Monsieur le Professeur Agrégé	LEHTIHET
A Monsieur le Professeur	MENTOURI
A Monsieur le Professeur	MERIOUA
A Monsieur le Professeur	REDJILI
A Monsieur le Professeur	S. TALEB
A Monsieur le Professeur	WAHLL
A Monsieur le Professeur	ZEMIRLI
A Monsieur le Professeur	ZIDANE

Avec notre profonde gratitude pour avoir contribué à notre formation.

A MADAME MERIEM BENCHAOUIA ET A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE
PSYCHIATRIQUE D'ALGER

Avec toute notre amitié et notre reconnaissance pour
sa grande serviabilité.

A Monsieur BENOUENICHE, dont la gentillesse et la
serviabilité n'ont d'égales que sa grande compétence. - Qu'il soit
remercié pour les services qu'ils nous a rendus.

Avec toute notre amitié et notre reconnaissance

à : Ma soeur Malika

Melles. MALLEK Yamina

BENOIT Suzanne

MM . NOUAR Mohamed

BOUKHALFA Mohamed

et CHIKH Mustapha

Nous les remercions pour leur inestimable collaboration
à la réalisation technique de ce travail.

I N T R O D U C T I O N

Nous avons tenté dans ce travail d'établir une classification pratique à la fois clinique thérapeutique et étiopathogénique des troubles mentaux qui surviennent au cours du post partum, afin de poser quelques principes de conduite à tenir face à ces urgences psychiatriques.

Nous définissons le post partum ou Puerpéralité comme étant la période qui **commence** à l'accouchement et se termine avec le retour de l'organisme à l'état anté-gravidique.

Le terme de cette période est, d'un point de vue pratique, la survenue du retour de couches, c'est-à-dire le rétablissement d'un cycle ovarien normal.

Notre étude a porté sur les observations de 95 malades admises au pavillon des urgences de la Clinique de Psychiatrie d'Alger, pour troubles mentaux du post partum.

Cette expérience a couvert trois années :

1967

1968

1969

.../...

Nous nous sommes réservés un recul de trois années également, puisque nous tirons nos conclusions en 1972. En effet, ce délai nous a paru le minimum suffisant pour établir, en fonction de l'évolution en post-cure de nos malades, des règles de conduite valables.

L'incidence des troubles mentaux dans le post-partum est encore importante dans notre pays, alors qu'elle a beaucoup diminué dans les pays à niveau de vie élevé.

Toutes nos malades avaient des conditions matérielles de vie médiocres ou très mauvaises ; elle étaient originaires soit de quartiers périphériques d'Alger (Oued Ouchafah, Oued Smar, Berardi etc...) où se groupent dans des baraquements insalubres les gens de la campagne attirés par la ville, soit des quartiers pauvres et très denses de la ville : basse Casbah, Climat de France, ravin de la femme sauvage etc... Quelques malades venaient de villages deshérités de Kabylie ou du Titteri.

Leur état général au moment de l'admission était plus ou moins altéré, jamais satisfaisant.

Elles présentaient des tableaux cliniques atypiques où l'on retrouvait toute la pathologie mentale.

.../...

Nous avons voulu, derrière ce polymorphisme Clinique rechercher les traits communs et dégager ainsi la pathologie du post-partum du cadre général de la psychiatrie.

Nous avons évité, à dessein, le terme de "Psychose Puerpérale". En effet trop de controverses existent encore quant à sa signification.

Un fait est certain et d'observation courante : il y a des accouchées chez lesquelles surviennent, à plus ou moins long terme, des troubles psychiques suffisamment graves pour justifier leur hospitalisation en urgence.

La puerpéralité n'est peut-être pas seule en cause puisque l'incidence de ces états psychonévrotiques est variable avec des facteurs d'origine.

d'ordre général étrangers à la puerpéralité tels que :

- les conditions socio-économiques et culturelles
- l'infrastructure médicale,

et des facteurs individuels tels que :

- l'âge de la patiente
- les conditions matrimoniales
- etc...

.../...

L'étude de cette pathologie offre encore un vaste champ aux chercheurs ; c'est pourquoi nous n'avons pas la prétention de proclamer ici des vérités définitives.

Mais nous pensons que notre expérience clinique et thérapeutique et l'analyse de ses résultats évalués après une évolution de trois années, pourront aider le gynécologue d'abord, le psychiatre ensuite à faire face à une réalité assez fréquemment rencontrée :

Celles des psychoses au cours de la puerpéralité.

Nous allons envisager successivement :

CHAPITRE - I -

Les psychoses et la puerpéralité dans leur conception actuelle.

CHAPITRE - II -

Les urgences psychiatriques et la puerpéralité.

(Clinique de Psychiatrie d'Alger)

- le tableau psychiatrique,
- le tableau somatique,
- la notion d'accouchement récent qui s'est imposée à nous,
- les variantes cliniques, (Schizophrénie avérée, anciennes maladies mentales).

.../...

CHAPITRE - III -

Les attitudes thérapeutiques (Cliniques Psychiatriques d'Alger)

- Les traitements somatiques
- Les traitements psychiques
- Les curetages systématiques.

CHAPITRE - IV -

Les classifications cliniques :

- Les états confusionnels
- les états psychotiques francs
- les états psychonévrotiques.

CHAPITRE - V -

Les classifications thérapeutiques

- Les indications de curetage évacuateur
- Les indications de cure classiques
- Les curetages de stimulation.

CHAPITRE - VI -

Hypothèses pathogéniques et discussion

- Proto-partum et état confusionnel toxi-infectieux
- Meso-partum et psychose autonome révélée, réchauffée induite.
- Télé-partum et endocrinologie.

CHAPITRE - VII -

Conclusions pratiques d'ordre préventif et curatif.

CONCLUSIONS

C H A P I T R E I

LES PSYCHOSES ET LA PUERPERALITE DANS LEUR CONCEPTION ACTUELLE

(Mise à jour de l'encyclopédie 1968)

Déjà dans l'antiquité des savants avaient décrits une "folie des accouchées"; HIPPOCRATE on a fait une remarquable description à propos d'une observation personnelle.

Il existe une très volumineuse littérature sur les troubles psychonévrotiques du Post-partum.

Des hypothèses multiples ont tenté d'éclairer son étiopathogénie, des propositions thérapeutiques non moins nombreuses ont été proposées.

Tous ces travaux constituent une approche certaine de cette question, mais leur multiplicité même et leurs divergences ne font que traduire le grand mystère qui recouvre encore les désordres psychiques de la puerpéralité.

La conception actuelle sur les rapports des psychoses et de la puerpéralité nous est donnée par la récente étude synthétique de G. RANCUREL, D. MARNIE et C. KOUPERNIK dans la dernière mise à jour de l'encyclopédie médico-chirurgicale (1968).

Ils situent les "psychoses puerpérales" dans un cadre très large couvrant toute la période de la gravidité et celle du postpartum sur une durée d'ensemble de 18 mois.

Ils définissent d'abord la puerpéralité comme étant "les conditions où se trouve l'organisme de la nouvelle accouchée jusqu'à son retour à l'état antérieur".

Nous avons essayé de résumer l'essentiel de leur rapport concernant les données actuelles relatives à :

- la clinique
- la nosographie
- le pronostic
- l'éthiopathogénie
- la notion de vulnérabilité personnelle et du rôle des antécédents psychiatriques personnels et familiaux.
- la notion de facteurs situationnels
- la thérapeutique.

I. LES DONNEES DE L'ETUDE CLINIQUE

A) Les manifestations psychotiques

a) Les psychoses infectieuses

Les conditions modernes d'aseptie et leur antibiotiques ont pratiquement fait disparaître le "délire infectieux puerpéral" et le "délire aigu puerpéral".

Ce dernier était la forme la plus grave des psychoses du post-partum: quelques jours voire quelques heures après l'accouchement, s'installait brutalement un état de confusion mentale profonde avec stupeur, adynamie, prostration, entrecoupées parfois de phases d'agitation extrême.

b) Les psychoses non infectieuses du post-partum précoce

Elles prennent souvent l'allure d'épisode psychotiques aigus. C'est leur polymorphisme même qui leur confère une manière d'individualité clinique.

On y distingue schématiquement 3 types cliniques essentiels :

- les états confusionnels
- les psychoses thymiques
- les psychoses schizophréniformes

c) Les névroses du post-partum

Il peut s'agir de réactions anxieuses aiguës avec perplexité qui seraient fréquentes dans les suites immédiates du partum. Plus tard, on verrait les manifestations de type obsessionnel phobique et surtout hystérique survenant en bouffées teintées d'anxiété.

Très communes sont les dépressions névrotiques d'évolutions trainantes qui éclosent de façon privilégiée au moment du sevrage.

Quoiqu'il en soit les désordres névrotiques sont les moins caractéristiques des troubles psychopathologiques du post-partum.

II. Données nosographiques comparatives et fréquences respectives des formes cliniques dans la littérature :

C'est peut être le chapitre le plus controversé entre les différentes écoles.

En effet les statistiques sont établies selon des critères nosographiques différents, ce qui rend leur comparaison délicate.

S'il est des "psychoses" pour lesquelles l'idée d'un lien étiologique avec le puerpérium puisse se soutenir, sans doute est-ce dans le groupe des confusions et des réactions exogènes aiguës qu'il faut les chercher.

b) Le risque de passage à la chronicité

Il a nettement diminué depuis l'association des neuroleptiques et des méthodes de choc. Il serait bien moindre que dans le reste de la pathologie mentale en général, surtout lorsqu'il s'agit de patientes sans antécédent psychiatrique.

c) Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure

L'obtention d'une guérison d'excellente qualité au cours de l'épisode initial est un élément de bon pronostic pour les grossesses à venir.

Le pronostic serait moins bon s'il existe des antécédents héréditaires, des traits de personnalité prépsychotique, une mauvaise adaptation à la situation conjugale et socio-économique et surtout une longueur d'installation d'une guérison plus ou moins précaire.

En fait l'expérience montre que dans bien des cas jugés défavorables, une nouvelle grossesse se passe sans incidents.

IV. DONNEES ETIOPATHOGENIQUES

Il est suffisamment apparu jusqu'à présent que les accidents psychiatriques de la grossesse ne sauraient se réduire à une étiologie simple.

Nous allons évoquer tour à tour chacun des éléments qui ont pu être invoqués, en sachant qu'aucun d'eux n'est capable à lui seul de rendre compte de ces désordres.

1) Les conditions somatiques :

a) Les théories infectueuses :

Elles avaient la faveur de nombreux auteurs. Ils en arrivaient à confondre quelque peu "Psychose Puerpérale" et "Fièvre puerpérale". Quelques auteurs continuent à accorder à l'infection un rôle d'appoint.

b) Le rôle de la toxémie gravidique :

Il ne semble plus guère retenu actuellement.

c) L'Incidence de l'état général, du terrain somatique et des variables obstétricales:

- Il y a une plus grande fréquence de psychoses puerpérale chez les femmes âgées, notamment primipares au-delà de 30 ans.

- Des conditions somatiques médiocres : l'anémie, la malnutrition, l'épuisement dû à des grossesses répétées sont volontiers retenus comme facteurs favorisants.

- Les opinions divergent quant au rôle des dystocies, de l'inertie utérine, de la longueur du travail etc... On peut retenir que la durée totale des soins en milieu obstétrical est souvent plus longue pour les femmes qui font un accident psychiatrique que pour les autres.

On ne peut manquer d'être frappé par la fréquence très élevée des complications obstétricales et de la notion de primiparité dans les psychoses du post-partum.

Certains auteurs ont rapproché les psychoses aiguës du post-partum des épisodes confuso-oniriques et thymiques, de pathogénie fort discutée qui se développent dans les jours qui suivent les grandes interventions chirurgicales.

d) Le rôle des perturbations hormonales

L'équilibre hormonal de la grossesse connaît une fin brutale au moment du travail.

Pendant les suites de couches, se produit l'involution utérine réalisée en 20 jours, l'écoulement des lochies, la destruction puis la régénération de la muqueuse utérine jusqu'au 35^{ème} jour.

La reprise de l'activité ovarienne se manifestera par le retour des règles lors de la 6^{ème} semaine chez les femmes qui n'allaitent pas.

2) Les théories physiopathologiques endocriniennes

L'idée d'une pathogénie hormonale conditionnant l'éclosion et le cours des psychoses puerpérales a toujours séduit de nombreux auteurs.

Parmi les premiers essais de systématisation des phénomènes hormonaux (GUIRAUD et NODET 1936) accordent une grande importance aux dérèglements d'encéphalohypophysaires.

Il y aurait une sensibilité anormale de certaines femmes à la chute des prolans qui suit la délivrance. On a comparé en particulier les confusions mentales du post-partum aux crises thyrotoxiques déclenchées par l'ablation d'un goître.

En France DELAY et COLL, ont contribué à donner aux théories endocriennes leur grande extension 1948 - 1959 - 1953.

Il tentent d'expliquer la persistance de nombreuses psychoses par la rétention anormale de fragments décidaux microscopiques au niveau de la cavité utérine. Elles ne guérissent que lorsque des règles normales et non des pseudomenstruations réapparaissent, d'où la nécessité en pratique d'effectuer un curetage de l'endomètre.

D'autres auteurs suggèrent pour chacun des stades de la gravidopuerpéralité, comme pour chaque grande catégorie d'états psychopathologiques, des mécanismes endocriniens spécifiques et des décisions thérapeutiques.

A l'étranger l'intérêt se porte surtout sur des perturbations des deux fonctions corticosurrénlienne et thyroïdienne.

- la première dans le post-partum précoce : on a rapproché ces psychoses des épisodes confuso-maniagues notamment, engendrés par le traitement cortisonique.

- la deuxième agirait par hypofonctionnement et serait déterminante dans les psychoses plus tardives. La triiodothyronine serait alors très efficace. Il y aurait une certaine analogie entre les états dépressifs du post-partum tardif et les complications psychiques parfois observées au cours du myxœdème.

Il n'y a pas encore en fait d'explorations complètes et comparatives portant sur toutes les variables hormonales : la complexité des dosages, les modifications hormonales créées par les chocs biologiques, les interférences médicamenteuses sans compter la difficulté du recueil des urines en totalité chez des femmes souvent agitées et confuses, font obstacle à des explorations correctes.

V. LA NOTION DE VULNERABILITE INDIVIDUELLE ET LES ANTECEDENTS PSYCHIA-
TRIQES FAMILIAUX ET PERSONNELS

La fréquence de ces antécédents chez les patientes atteintes de psychose puerpérale renforce singulièrement l'idée d'une prédisposition morbide ou d'une fragilité de la personnalité qui peut être génétique, constitutionnelle ou acquise.

1) Les antécédents familiaux

Ils semblent plus fréquents dans les psychoses puerpérales d'allure "endogène" que dans les accidents confuso-oniriques du type "réaction aigue exogène".

2) Les antécédents personnels

a) Les antécédents de la maladie mentale caractérisée

Leur fréquence oscillerait en moyenne entre 20 et 32 %. Elle atteindrait parfois 45 et 48 %. Ces données concernent les troubles ayant nécessité une hospitalisation.

b) Le terrain ou la personnalité prémorbide

Il y aurait une vulnérabilité individuelle plus ou moins grande chez les patientes : certains auteurs distinguent les femmes hautement prédisposées, légèrement prédisposées et non prédisposées.

En fait, si de nombreux auteurs ont facilement énoncé la fragilité constitutionnelle ou psychogène des femmes atteintes de psychose puerpérale, il en est bien peu qui prétendent en définir l'exacte nature et suivre le fil ténu qui conduit de la personnalité aux accidents psychotiques.

VI. LE ROLE DES FACTEURS SITUATIONNELS

L'importance qui leur est attribuée découle des analogies que des auteurs comme HAMILTON ont établies entre certaines psychoses puerpérales et les états psychiatriques aigus réactionnels à des événements traumatisants pour le psychisme.

1) Les conditions socio-économiques

C'est dans les sociétés les plus évoluées sur le plan matériel et sanitaire que l'incidence des psychoses puerpérales est la plus faible.

2) Le statut marital

L'illégitimité de la grossesse semble jouer un rôle surtout pendant la grossesse. Peut être est-elle fréquente dans les états dépressifs du post-partum.

3) L'entourage immédiat de la gestante :

On incline à voir les attitudes inadéquates du conjoint (faible, peu viril, immature affectif, inexistant, alcoolique ou brutal et tyranique) des parents ou de leur substituts. Les situations d'abandon, seraient particulièrement éprouvantes.

4) Les mauvaises conditions de logement, l'insécurité professionnelle, les grossesses rapprochées :

Le rôle de ces facteurs multiples s'expliquerait par la haute sensibilité de la femme au cours de la maternité, aux interactions extérieures réelles.

VII. DONNEES THERAPEUTIQUES

Les auteurs se sont attachés à rechercher un traitement spécifique et conforme à leur propre conception étiopathogénique de ces affections.

Compte-tenu de la multiplicité des explications étiopathogéniques, c'est sur le plan symptomatique que se situe l'efficacité remarquable des thérapeutiques modernes purement psychiatriques.

1) Les antibiotiques

Ils concourent avec l'aseptie, à rendre négligeable le rôle de l'infection puerpérale.

2) Les thérapeutiques hormonales

Elles sont très controversées. On a proposé :

- la progestérene et certains progestatifs de synthèse (KANE-KEPLER)
- les gonadotrophines sériques
- les gonadotrophines chorioniques (ABELY)
- les hormones thyroïdiennes (HAMILTON)
- le curetage utérin (DELAY)

Les thérapeutiques psychiatriques d'action centrale -(choix biologiques)- agiraient favorablement sur l'état endocrinien.

Quelque soit ces thérapeutiques, leur efficacité paraît contestable quant elles sont utilisées seules.

3) Les thérapeutiques psychiatriques

Elles font appel, étant donné la fréquence des tableaux très aigus :

- à des méthodes de chocs biologiques
(électrochocs surtout)
- aux neuroleptiques
Butyrophénones
Phénothiazine

Dans les syndromes d'excitation

- aux antidépresseurs
IMIPRAMINE
AMITRIPTYLINE

associés aux anxiolytiques ou tranquillisants dans les états dépressifs.

4) La question du contrôle futur des naissances

Il faut avoir sur ce point une attitude très souple qui implique une collaboration étroite entre gynécologue et psychiatre : il faut évaluer le risque de récurrence et le désir de maternité de chaque femme.

Au terme de cette mise à jour, les auteurs concluent notamment :

- eu égard à la morbidité psychiatrique générale beaucoup d'accidents ont avec la puerpéralité une relation de simultanéité plus que de stricte causalité.

- il est de moins en moins possible d'élever l'ensemble des psychoses puerpérales au rang d'entité ayant une physiopathogénie spécifique : comme tous les désordres mentaux, les états psychotiques et névrotiques dits "perpéraux" sont en fait conditionnés par la convergence de multiples facteurs somatiques et psychiques, mais là plus d'ailleurs en psychiatrie, ils semblent avoir la signification de "réaction au sens le plus large du terme.

Peut-être les psychoses aiguës du post-partum précoce, les plus fréquentes, surtout si elles atteignent des femmes sans passé psychiatrique personnel ni familial, surtout si elles guérissent sans séquelles et n'inaugurent pas une névrose ou une psychose chronique, constituent-elles les seuls accidents qui autorisent une interrogation quant à leur spécificité "puerpérale".

S'il faut reconnaître que ces conditions sont loin de se trouver toujours réunies, il n'est pas exclu qu'un tel "groupe nucléaire" aussi privilégié que restreint, représente au point de vue de la séniologie et de l'évolution, une affection originale dont la pathogénie reste à élucider.

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LA PUERPERALITE

(CLINIQUE PSYCHIATRIQUE D'ALGER)

A) Le Tableau Psychiatrique

Les 95 malades qui font partie de notre étude ont été hospitalisées dans un état d'urgence psychiatrique.

Les troubles qu'elles ont présenté au moment de l'admission peuvent être répartis en fonction du syndrome dominant, dans les cadres nosologiques suivants :

- 1) - Psychose Confuso-Onirique
- 2) - Etats d'agitation psychomotrice
- 3) - Etats discordants
- 4) - Etats dépressifs.

1) Les Psychoses Confuso-Oniriques

Elles correspondent à 36/95 de nos observations, c'est leur tableau clinique qui vient à l'esprit lorsqu'on évoque les Psychoses du post-partum.

L'essentiel de ce tableau est constitué par les éléments suivants :

a) La présentation

La malade nous montre un facies hébété, égaré, au regard lointain, inaccrochable, se déplaçant d'un objet à l'autre, ignorant la présence des personnes qui l'entourent.

Elle est décoiffée, sa tenue vestimentaire est désordonnée et débraillée, la plupart du temps la malade n'est pas chaussée.

b) La désorientation Temporo-Spatiale

L'attitude générale de la malade, à l'inspection, déjà nous donne l'impression qu'elle se sent perdue, ne reconnaît pas les lieux, ne se situe pas dans le temps.

Si on parvient par moment à capter son attention pour l'interroger sur le lieu où elle se trouve, son domicile, son âge, le jour de la semaine etc... elle donne des réponses erronées. Parfois même elle avoue son ignorance ou son oubli.

De toute façon, elle est incapable de faire un effort d'attention et de mémoire soutenu, cet effort lui est douloureux.

Elle peut faire de fausses reconnaissances, désignant comme étant parent ou ami un membre du personnel médical qu'elle n'a jamais vu auparavant.

Il se dégage de toute sa personne une impression de profond désarroi qui met l'observateur mal à l'aise.

c) Le délire Onirique

Nous l'avons observé chez un grand nombre de malades confuses. Ces malades présentent des attitudes d'observation ou d'écoute, gesticulent, parlent avec des êtres imaginaires. Elles peuvent être en proie à une frayeur qui déclenche une réaction de fuite.

Lorsqu'on arrive à les interroger, elles nous disent qu'elles voient des personnages, en général mal intentionnés ou que des gens visibles ou invisibles pour elles, leur parlent.

Certaines miment des scènes entières avec des personnages invisibles, dans la salle d'admission, faisant abstraction de tout ce qui s'y trouve réellement : meubles et gens.

Nous avons pu observer des malades qui commentaient leurs hallucinations auditives et visuelles, d'autres qui se réfugiaient dans un jeu muet.

2) Les Etats d'agitation Psycho-Motrice

Nous avons rencontrés 28 cas ;

Ce sont des malades que l'on entend arriver de loin : elles crient, protestent, et les accompagnateurs crient également pour les contenir.

a) La présentation

Le faciès ici est très mobile, le regard brillant la gestulation importante.

La tenue vestimentaire est désordonnée, les vêtements sont souvent déchirés, les pieds souvent déchaussés.

d) L'Agitation Psycho-Motrice

La logorrhée est importante, à thème agressif.

La malade peut porter des traces de coups, de même que ceux qui l'accompagnent car le transport du domicile ou de la rue jusqu'à l'hôpital ne s'est pas fait sans une grande résistance.

En salle d'admission, la malade ne veut pas s'asseoir tente de fuir ou de se jeter sur les personnes qui l'entourent, surtout les membres de sa famille.

Dans certains cas au contraire la malade arrive calmée, voire prostrée. C'est le témoignage des référents, les traces de lutte et de coups qu'elle présente, la sécheresse des muqueuses buccales ou l'aphonie qui font porter le diagnostic rétrospectif de crise d'agitation psychomotrice.

3) Les états discordants

6 de nos malades ont présenté ce syndrome.

a) La présentation

Elle n'a pas de caractère particulier, si ce n'est l'expression du visage, inadaptée à la réalité : sourires, rires et pleurs immotivés.

b) La dissociation

Il est difficile chez ces femmes qui n'avaient pas d'activité professionnelle ni intellectuelle, d'apprécier la désagrégation de la vie psychique et le fléchissement intellectuel.

Mais l'interrogatoire rencontre des barrages (2 observations). La désorganisation de la vie affective nous est donnée par la notion de fugue, de tentative d'infanticide (2 observations) ou de suicide (2 observations).

L'interrogatoire de la famille révèle un état de désintéressement, d'indifférence à la famille, au monde extérieur, sans gêne pour la malade ; alors que dans certains états dépressifs la malade ressent ce désintéressement et cette indifférence comme des troubles invalidants.

Le diagnostic d'état discordant chez une malade nouvelle ne peut pas être porté au moment de l'admission car il nécessite une observation clinique longue, et une grande prudence étant donné son pronostique.

Mais nos 6 cas étaient des patientes aux antécédents psychiatriques connus.

4) Les états dépressifs

Nous avons observé 25 cas.

Le tableau clinique a été très polymorphe :

- Etat dépressif anxieux
- Etat dépressif d'épuisement
- Etat dépressif mélancolique.

Les symptômes le plus souvent rencontrés ont été :

- l'Asthénie
- l'Anorexie
- L'indifférence avec négligence des devoirs
maternels et des soins du ménage
- Les céphalées
- Les plaintes hypochondriaques

a) La présentation

Le facies est triste ou inexpressif, l'attitude résignée, traduisant la perte de l'élan vital.

La tenue vestimentaire est souvent correcte, la malade est toujours chaussée.

b) Les plaintes

L'interrogatoire se révèle laborieux : la malade n'aspire qu'au repos. Elle répond souvent par un hochement de tête ou un clignement des paupières, car la parole lui coûte un effort.

En général l'état dépressif s'est installé progressivement, on ne retrouve pas avec précision la date du début des troubles. La malade nous dit qu'elle s'est mise à ne plus supporter des situations qui lui étaient habituelles ou des personnes familières ; son mari, sa belle-mère, ses enfants.

Elle se "laisse aller" de plus en plus.

Il faut un certain délai pour que l'entourage s'alarme et fasse appel au médecin:

- Insomnie totale avec déambulation
- Anorexie totale
- Fugue
- Tentative de suicide
- Tentative d'infanticide.

Nous avons adopté la division du post-partum en 3 périodes :

- Proto-partum jusqu'au 10^e. jour des couches
- Mésopartum : du 11^e. au 42^e. jour
- Télé-partum : à partir du 43^e. jour.

B) LE TABLEAU SOMATIQUE

Sur nos 95 malades, 65 présentaient des altérations somatiques plus ou moins importantes :

- au cours du proto-partum = 33/48 cas
- au cours du méso-partum = 21/30 "
- au cours du télé-partum = 11/17 "

a) L'infection

Dans tous ces cas le syndrome infectieux était présent avec :

- Hyperthermie autour de 33°,5
- Hyperleucocytose avec polynucléose
- Accélération importante de la vitesse de sédimentation, autour de 45 mm à la 1ère. heure
90 mm à 120 mm à la 2è.
heure.

Quelques foyers étaient patents :

- I - Infection génitale 15 cas dont 4 avec rétention placentaire et 4 avec métrorragies.
- 2 - Abscess du sein : 1 cas
- 3 - Otite aiguë : 1 cas.

4 - Phlébite des membres inférieurs : 1 cas

5 - Adénite infectieuse : 1 cas.

b) L'Anémie

Nous n'avons considéré que les cas sévères :

- Avec taux de globules rouges inférieur à 3,5 millions par mm^3 .

Car toutes les malades avaient un taux inférieur à 4,5 millions (en rapport avec la médiocrité de leurs conditions socio-matérielle).

8 malades avaient un taux de globules rouges inférieur à 3,5 millions / mm^3 .

dont une à 2 millions / mm^3

c) Lésion organique

4 cas dont :

- 1 rétroissement mitral

- 3 gôitres dont $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ diffus et} \\ 1 \text{ nœudulaire} \end{array} \right.$

d) Urémie

1 cas à 1,11 g/litre d'urée sanguine.

e) Syndrôme de deshydratation avec tableau toxi-infectieux sévère :

- 3 cas.

f) Syndrôme de dénutrition sévère

- 9 cas.

Conclusion :

Toutes nos malades ont présenté un tableau général de défaillance somatique où l'infection et la deshydratation dominent.

TABLEAU I (a)

TABLEAU SOMATIQUE ET PSYCHIATRIQUE

	Total des cas	Proto- Partum	Méso- Partum	Télé- Partum
Troubles somatiques divers	65	33 = 50 %	21 = 32 %	11 = 18 %
Psychose Confusionnelle	36	17 = 47 %	8 = 22 %	11 = 31 %
Agitation Psycho- motrice	28	17 = 61 %	4 = 14 %	7 = 25 %
Syndrôme discordant	6	0	6 = 100%	0
Etats dépressifs	25	11 = 44 %	9 = 36 %	5 = 20 %

C) LA NOTION D'ACCOUCHEMENT RECENT QUI S'EST IMPOSEE A NOUS :

L'interrogatoire de toute malade mentale reçue à la garde de la Clinique Psychiatrique d'Alger, comporte une exploration systématique de sa situation gynécologique :

- Age d'apparition des premières règles
- Date du mariage
- Nombre de grossesses
- Date du dernier accouchement
- Présence ou absence du retour de couches
- S'il y a eu retour de couches, quel est le caractère des règles ?

Par ailleurs le médecin fait préciser par la malade ou les référents la date d'apparition des troubles psychonévrotiques actuels.

Cette enquête nous a permis d'établir, dans le cas de nos 95 observations, l'existence d'un certain lien entre le dernier accouchement et la maladie mentale actuelle :

Celle-ci a débuté :

a) Dans le Proto-Partum

Soit immédiatement après l'accouchement, c'est-à-dire dans les dix jours qui l'ont suivi.

Dans certains cas c'est la clinique ou la maternité qui nous a adressé la malade :

b) Dans le meso-partum :

Soit entre le dixième et le 42ème jour : date facile à faire préciser parce qu'il est habituel qu'elle marque le retour de couches.

c) Dans le Télé-partum :

Soit après le 42ème jour. Dans ce cas, l'appréciation du moment où les troubles ont débuté est plus difficile. Nous avons considéré, sauf existence d'une autre étiologie patente, que tous les troubles mentaux survenant dans la première année après un accouchement, et s'il n'y a pas eu retour de vraies règles, sont à situer dans le post-partum.

d) Les variantes cliniques :

- Schizophrénie avérée
- Anciennes ~~malades~~ mentales

La biographie de nos malades nous a permis de retenir quelques éléments importants :

1) Les antécédents psychiatriques

a) Personnels

Sur nos 95 cas, 37 avaient un passé psychiatrique ayant justifié des hospitalisations antérieures en milieu spécialisé.

Leur répartition est la suivante :

- 9 cas/48 dans les psychoses du proto-partum dont :

- 5 pour "psychoses puerpérales"

- 4 pour troubles névrotiques :

{ - 2 états d'agitation hystérique
- 2 états dépressifs réactionnels.

- 18 cas/30 dans les psychoses du Mésopartum dont :

- 6 pour Schizophrénie

- 12 pour psychose puerpérale.

- 7 cas/17 dans les psychoses du Télé-Partum dont :

- 5 pour psychose puerpérale

- 2 pour état dépressif réactionnel.

b) Familiaux

1 - Dans le proto-partum : la malade avait un frère hospitalisé dans un service de psychiatrie.

2 - Dans le méso-partum :

1, dont le père est décédé en hôpital psychiatrique

1, dont la mère et la soeur avaient fait des séjours en milieu psychiatrique,

1, dont l'oncle maternel était malade mental chronique.

1 - Dans le Télé-Partum :

Le frère de la malade avait été hospitalisé en psychiatrie.

CONCLUSION :

Nous constatons que toutes proportions gardées, c'est parmi les malades de la période du méso-partum que nous avons le plus grand nombre d'antécédents psychiatriques aussi bien personnels que familiaux. D'autre part, c'est la seule catégorie où nous trouvons les cas de Schizophrénie avérée.

Au contraire, c'est parmi les malades du proto-partum que nous avons le moins d'antécédents psychiatriques.

TABLEAU I (b)

Antécédents psychiatriques { 37 cas sur 95 malades personnels
ou familiaux.

Antécédents Psychiatriques Personnels	Proto-Partum Sur 48 cas	Méso-Partum Sur 30 cas	Télé-Partum Sur 17 cas
Schizophrénie	0	6 = 66 %	0
Psychose Puerpérale	5 = 55 %	12 = 34 %	5 = 72 %
Troubles névrotiques	4 = 45 %	0	2 = 28 %
Nombre total des cas	9	18	7

TABLEAU I (c)

Récapitulatif des cas de troubles somatiques et psychiatriques et des
antécédents psychiatriques

Nature des Troubles	Proto- Partum 48 cas	Méso- Partum 30 cas	Télé- Partum 17 cas	TOTAL
Troubles somatiques	33 69 %	21 7 %	11 65 %	65
Psychose confuso- Onirique	17 35 %	8 26 %	11 65 %	36
Agitation Psycho- motrice	17 35 %	4 13 %	7 41 %	28
Syndrôme discordant	0	6 20 %	0	6
Etat dépressif	11 23 %	9 30 %	5 29 %	25
Antécédents Psychiatriques Personnels et famil.	9 19 %	18 60 %	7 41 %	37

CHAPITRE III

=====

LES ATTITUDES THERAPEUTIQUES

(Clinique de Psychiatrie d'Alger)

A. LES TRAITEMENTS SOMATIQUES

Comme nous l'avons vu plus haut, la majorité des malades ont présenté un état somatique médiocre avec des altérations isolées ou associées :

- Syndrôme infectieux général
- Infection génitale
- Abscès du sein ou engorgement mammaire
- Rétention placentaire infectée
- Fièvre
- Etat de deshydratation
- Amaigrissement
- Anémie
- Hypotension

a) Les antibiotiques

Nous avons utilisé :

- La pénicilline à la dose minimum de 1 million par jour allant jusqu'à 5 millions par jour pour les cas sévères.

- Les Cyclines : La Terramycine surtout, à la dose moyenne de 1 g par jour, en association avec la Pénicilline.

Ceci par voie générale en perfusion ou en injection intra-musculaire.

Dans les infections gynécologiques, endométrites, Salpingites, ovarites, nous avons associé un traitement local par ovules :

- Merfène
- Terramycine
- Amphocycline

Dans les cas d'abcès du sein nous avons eu recours aux antistaphylocociques majeurs

- Bristopen
- Pyostacine

b) Les anti- inflammatoires

Nous avons administré :

- Les salicylés à la dose de 1 à 3 g/jour
- Le Tandéril

c) Les anti-anémiques

- Le sang isogroupe dans les anémies sévères
- Les sels de fer
- Les sels de calcium
- Les vitamines du groupe B et l'acide ascorbique

d) Les produits cardiotoniques et Eutrophiques

- Le Chlorydrate d'Heptaminol (Hept-A-Nyl)
- Le Trophysan
- Le Sérum Glucosé isotonique

e) Les solutions ioniques

- S.G.I, le sérum physiologique ou le Sérum bicarbonaté avec des ions correcteurs en fonction des données de l'ionogramme :
- CLNA
- CLK
- Ca
- K

f) Le traitement hormonal d'ablactation

- Le Dienestrol (cycladienne)
- L'Ethynyl-Cestradriel
- Le Diethylstilbestrol (Distilbène)

Ce traitement général s'accompagne de suralimentation protidique soit que la malade accepte, et peut s'alimenter soit que l'on procède à l'alimentation par sonde gastrique au moyen de nixture hyperprotidique.

g) La surveillance du traitement général

Elle est basée sur l'examen clinique quotidien et les examens paracliniques :

- A l'entrée de la malade
- Puis contrôlés chaque semaine ou plus souvent si des symptômes d'aggravation apparaissent.

Les examens standards sont :

- Le groupage sanguin
- Le dosage de glycémie et de l'urée sanguine
- La recherche de sucre réducteur et le dosage de l'urée dans les urines

- La F.N.S
- La V.S
- L'hématocrite

Les autres investigations paracliniques sont entreprises en fonction du tableau cliniques

- ex - Bilan thyroïdien
 - Bilan phosphocalcique
 - Biopsie de l'endomètre etc...

B. LES TRAITEMENTS PSYCHIQUES

1. Les médicaments psychotropes

a) Les Neuroleptiques majeurs :

Les plus couramment utilisés sont :

- Les BUTYROPHENONES (HALOPERIDOL)

Par voie parentérale en I.M 3 fois/jour ou en perfusion intra-veineuse

Par voie entérale sous forme de gouttes à 2°/oo
(10 gouttes = 1 mg), 20 à 60 gouttes 3 fois par jour, soit 6 à 18 mg par jour.

Les Dérivés des Phénothiazines

1) La CHLORPROMAZINE (LARGACTIL)

- . en injection I.M ou I.V
- . en perfusion I.V

Ampoules de 2 ml = 50 mg pour perfusion I.V

Ampoules de 5 ml = 25 mg pour injection I.M

Comprimés à 25 mg ou 100 mg

La dose quotidienne est répartie en 3 prises ou administrée en perfusion I.V lente.

La dose maximum pour 24 heures est de 400 mg.

2° La LEVOPROMAZINE (NOZINAN)

Elle est administrée selon le même schéma que la CHLORPROMAZINE.

Dose maximum pour 24 heures = 400 à 600 mg.

B. LE COCKTAIL LYTIQUE DE LABORIT :

Associé : 1 ampoule d Dolosal

1 ampoule de Phénergan

1 ampoule de Largactil

L'ensemble est mis en solution dans 250 cc de S.G.I. que l'on fait passer d'abord rapidement (les 20 ou 25 premiers C.C) puis plus lentement.

b) Les autres neuroleptiques

Ausquels nous avons parfois recours, en particulier comme traitement de relai après l'épisode aigu :

Le 7343 B.P THIOPROPERAZINE (Majeptil)

Ampoule de 1 ml à 10 mg

Comprimés à 10 mg

La THIORIDAZINE (MELLERIL)

Ampoules à 5 ml = 10 mg

Comprimés à 10 mg

c) Les Anxolytiques et Myorelaxants

Le DIAZEPAM (VALIUM) occupe une place de choix aussi bien en urgence parcequ'il permet de contrôler très rapidement une agitation ou une excitation, qu'en cure.

Ce médicament allie une grande rapidité d'action et une faible toxicité ce qui permet l'emploi de doses fortes en urgence, sans crainte d'effets secondaires.

Ampoules à 5 mg et 10 mg injectables en I.M et en I.V.

comprimés à 5 mg et à 10 mg

L'AMTRIPTYLINE (LAROXYL)

Comprimés à 25 mg

Administré en cure d'attaque de 21 jours, suivie d'une cure de consolidation.

La cure d'attaque se fait sous surveillance hospitalière à des doses quotidiennes progressives puis stables, en plateau puis dégressives selon un schéma général comportant des variantes en rapport avec la réactivité de la malade.

Le MEPROBAMATE (Equanil)

Comprimés à 400 mg

Ampoules de 5 mg à 400 mg pour injection I.M

la dose pour 24 heures = 0,4 g à 1, 2 g.

c) Les THYMOANALEPTIQUES

Nos malades ont reçu :

Le PERTOFRAN

Comprimés à 25 mg

en cure d'attaque suivie d'une cure d'entretien. Dans la pratique nous l'avons utilisé comme mordant précédant la cure de TOFRANIL dont le délai d'action est plus long.

Le TOFRANIL

Comprimés à 25 mg

en cure d'attaque, précédé par le Pertofran, puis en cure d'entretien.

Ces deux produits et surtout le Pertofran exigent une surveillance médicale attentive car ils produisent des effets secondaires (variations brutales de la tension artérielle, hyperexcitation).

e) Les médicaments préventifs et correcteurs des effets secondaires

1) Les Antiparkinsoniens de synthèse

L'ARTANE

Comprimés à 5 mg

Dose quotidienne : 5 mg à 15 mg

Nous l'associons surtout à l'Halopéridol.

Il nous arrive de ne pas l'associer lorsqu'en recherche chez des sujets très agités ou très délirants une rigidification temporaire(I)

(I) Dans le cadre hospitalier, à cause des difficultés d'approvisionnement et du coût élevé, nous avons essayé de ne pas administrer systématiquement un antiparkinsonien de synthèse avec les neuroleptiques majeurs, nous avons surveillé chaque jour la mobilité articulaire des malades pour prévenir tout accident, et nous n'avons constaté que de très rares cas de début de rigidification.

Le DIPARCOL

Ampoules de 5 ml à 0,25 g pour injection I.M. Nous l'utilisons en cas de syndrome extrapyramidal constitué accidentel.

b) Les Analeptiques Cardiovasculaires

Etant donné le mauvais état général de nos malades et les effets généralement hypotenseurs des neuroleptiques et des Tranquillisants nous avons administré presque systématiquement ;

Le CHLORYDRATE D'HEPTAMINOL

L' HEMISUCCINATE D'Hydrocortisone

L'INTRAIT DE MARRON D'INDE

C. LA SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

Elle est clinique et paraclinique

- Examen somatique et psychique quotidien
- Recherche des signes d'aggravation ou d'intolérance
- Réajustement thérapeutique en fonction des résultats de la clinique et du laboratoire.
- E.E.G. systématique

II. LA SISMOOTHERAPIE

Elle a été utilisée chez un grand nombre de nos malades en séries de chocs :

- soit au rythme de 1 choc par jour pendant 3 à 10 jours
- soit lorsqu'en a voulu créer un état confusionnel chez des délirantes ou de grandes agitées, au rythme de plusieurs chocs dans la même journée mais avec une intensité réduite.

Dans certains cas, nous avons dû administrer des chocs électriques itératifs = 4 à 6 chocs dans la même journée, sans que la malade ait le temps de reprendre conscience entre 2 chocs consécutifs.

Les malades étaient toujours à jeun et prémédiqués par :

1 injection d'une ampoule d'atropine I.M

1 injection d'une ampoule de Coramine S.C. une demi heure avant l'électrochoc.

1 injection de valium 10 mg I.V au moment de l'électrochoc.

Nous avons fait à chaque malade avant la cure de sismothérapie un fond d'oeil et un E.E.G.

Nous n'avons eu à déplorer aucun des accidents cités dans la littérature: mort subite, fracture osseuse, morsure de la langue, syncope,

L'UTILISATION DES TRAITEMENTS PSYCHIQUES (Neuro-Sisme) ET LES RESULTATS

A. DANS LES PSYCHOSES DU PROT-PARTUM

a) L'utilisation des drogues seules

17 malades sur les 48 ont reçu un traitement médicamenteux exclusifs,

Dans 40 cas nous avons utilisé les neuroleptiques majeurs

- Butyrophénones

- Phénotiazines

en association.

Dans quelques cas nous avons relayé l'un ou les deux neuroleptiques majeurs par des sédatifs anxyolytiques ou myorelaxant.

Résultats après 3 ans minimum:

Guérison 2 cas

Amélioration 6 cas

Chronicisation ou rechute 9 cas

Nous avons donc 15/17 cas où les résultats du traitements sont moyens ou mauvais 2/17 ont guéri.

b) Traitement par les drogues et la sismothérapie associés :

8 cas sur les 48 psychoses du Proto-Partum :

- 2 malades ont reçu 6 chocs
- 5 malades ont reçu 3 chocs
- 1 malade a reçu une série de chocs itératifs.

Résultats

Guérison 1 cas

Amélioration..... 5 cas

Psychotisation..... 2 cas

7/8 résultats sont moyens ou mauvais. Il y a eu une guérison.

C. LE TRAITEMENT DES PSYCHOSES DU PROTO-PARTUM PAR LE CURETAGE SYSTEMATIQUE

1) Traitement par le curetage seul :

7 malades entrées avec les tableaux psychiatriques suivants

- agitation psycho-motrice = 3
- agitation psycho-motrice et état confusionnel 3
- état dépressif mélancolique = 1

ont subi une révision utérine dans les 2 jours qui ont suivi leur admission : les débris retirés de l'utérus ont été confiés à l'anatomopathologiste.

Après le curetage elles n'ont reçu aucun neuroleptique ni sédatif ni cure de chocs électriques.

Notons qu'à l'admission et pendant au maximum 2 jours, jusqu'à la révision utérine, l'agitation psycho-motrice a nécessité l'administration de neuroleptiques associés :

soit Halopéridol-Nozinan

soit Halopéridol Largactil.

Les Résultats

Dans les 7 cas, une récupération spectaculaire a été constatée dès le lendemain du curetage. Ces malades ont effectué un séjour hospitalier d'une durée comprise entre 5 jours et 14 jours, car certaines malades ont été gardées malgré la guérison psychiatrique dans le but de remonter leur état général.

2) Le curetage utérin associé au traitement psychique

Pour 14 malades la révision utérine a été tardive

- soit à cause d'une infection gynécologique interdisant l'intervention instrumentale.

- soit parce que le gynéco-obstétricien sollicité, constatant l'existence d'un utérus bien involué avec l'orifice cervical fermé, a refusé d'intervenir. Il a fallu alors adresser la malade à un autre médecin de la maternité.

Dans l'attente du curetage l'état psychiatrique aigu de ces malades nous a contraint à l'emploi de neuroleptiques pendant une période de 8 jours ou plus.

Les effets du curetage n'ont pas été aussi bons que dans les 7 cas précédents, l'amélioration s'est faite lentement ou pas du tout. Forcé a été de tenter une cure de psychothérapie dans 5 cas toujours sous neuroleptiques.

Les Résultats

Guérison 4 cas

Amélioration 6 cas

Psychotisation 4 cas

10 résultats /14 sont moyens ou mauvais.

Il y a eu 4/14 guérisons.

En Conclusion

Nous voyons que le curetage seul précoce et systématique donne toutes les chances de guérison.

Dans l'ordre d'efficacité, nous classerons ensuite :

- Le curetage associé au traitement psychique.
- Le traitement psychique seul.

T A B L E A U (a)

TOTAL = 48 malades.

TRAITEMENTS	NOMBRE DE CAS	GUERISON	AMELIORATION	ECHEC
CHIMIOTHERAPIE (drogues seules)	17	2 = 12 %	6 = 35 %	9 = 53 %
CHIMIOTHERAPIE + SISMOTHERAPIE	8	1 = 12,5 %	5 = 62,5 %	2 = 25 %
CURETAGE SEUL	7	7 = 100 %	0	0
CURETAGE + CHIMIOTHERAPIE + SISMOTHERAPIE	14	4 = 28,5 %	6 = 43 %	4 = 28,5 %

B. LES PSYCHOSES DU MESO-PARTUM

Nombre total de malades classées dans cette catégorie = 30

a) Utilisation des drogues seules :

Chez 9 malades, les médicaments administrés ont été :

1 cas = Nozinan - Valium - Majeptil

1 cas = Largactil - Valium Halopéridol

1 cas = Valium - Nozinan - Surmontil

3 cas = Nozinan seul

1 cas = Nozinan = Valium puis Largactil - Halopéridol

2 cas = Halopéridol - Nozinan

Résultats

Guérison 4 cas

Amélioration 3 cas

Evolution Psychogène ..2 cas

b) Utilisation des drogues associées à la sismothérapie

Chez 6 malades :

La sismothérapie n'est employée à la clinique psychiatrique d'Alger qu'après prolongations sous neuroloptiques de manifestations psychiatriques aiguës mettant en danger l'intégrité somato-psychique de la malade :

Nombre de cas : 6

Résultats

Guérison 0

Amélioration ... 4

Evolution psychogène ... 2 (Schizophrénie)

c) Traitement par le curetage seul 1 cas

Citons le cas de Mme Z. Mérien :

Durée de l'hospitalisation 10 jours

Admission de la malade le 5.2.67 avec :

Idée délirantes de persécution, logorrhée, insomnie.

Curetage le 8/2/67

Sortie guérie le 15.2.67

La date d'apparition des troubles psychiatriques, donnée par les répondants était de 15 jours après l'accouchement, mais celui-ci ayant eu lieu 45 jours avant l'hospitalisation, nous sommes en droit de nous demander s'il ne s'agit pas en fait d'une psychose du proto-partum dont les manifestations psychiatriques auraient débuté dans les 10 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, mais trop discrètement pour être remarqués par l'entourage. A moins qu'il ne s'agisse simplement d'une erreur involontaire de date de la part des répondants.

d) Traitement par le curetage associé aux traitements chimiques

(Neuroleptiques - Sismothérapie)

14 cas

Résultats

Guérison 4 cas

Amélioration 9 cas

Evolution psychogène 1 cas.

d) Traitement par le curetage associé aux traitements psychotropes :

(Neuroleptiques - Sismothérapie)

14 cas

Résultats

Guérison 4 cas

Amélioration 9 cas

Evolution psychogène 1 (schizophrénie)

CONCLUSION

Nous voyons que dans les psychoses du méso-partum ce sont les traitements psychiques associés qui nous ont donné les meilleurs résultats.

e) Neuroleptiques seuls ou associés à la sismothérapie

45 cas

Guérison 4 cas

Amélioration 7 cas

Agravation..... 4 cas

Le nombre de guérisons est relativement faible.

Mais nous pensons que cette catégorie de malades présentent un terrain favorable aux affections psychiatriques et à leur passage à la chronicité.

Le traitement doit viser ici à une stabilisation, entretenue par une surveillance régulière, afin de permettre aux malades de se réinsérer dans le cadre social et familial.

C. DANS LES PSYCHOSES DU TELE-PARTUM

Nombre total de malades = 17

Parmi elles 14 n'ont pas eu leur retour de couches.

Le but du traitement a été de faire réapparaître les règles vraies.

T A B L E A U II (b)

Nombre total de malades = 30

TRAITEMENTS	NOMBRE DE CAS	GUERISON	AMELIORATION	ECHEC
PSYCHOTROPES DROGUES SEULES	9	4 = 45%	3 = 33 %	2 = 22 %
DROGUES + SISMOTHERAPIE	6	0	4 = 67 %	2 = 33 %
CURETAGE SEUL	1	1 = 100%	0	0
CURETAGE + DROGUES SISMOTHERAPIE	14	4 = 28,5%	9 = 64,5%	1 = 7 %
DROGUES SEULES OU ASSOCIEES A LA SISMOTHERAPIE	15	4 = 27 %	7 = 46 %	4 = 27 %

a) Traitement par les drogues seules : 8 cas

Résultats :

Guérison 3 cas

Amélioration 3 cas

Echec du traitement .. 2 cas

b) Traitement par les drogues et la sismothérapie associées

- 3 cas

Résultats :

Guérison 1 cas

Amélioration 1 cas

Echec 1 cas

c) Traitement par le curetage seul

- 0 cas

d) Traitement par le curetage associé aux traitements Psychotropes

- 7 cas

Résultats :

Guérison 3 cas

Amélioration 2 cas

Echec 2 cas

Conclusion :

Nous constatons ici que les 3 méthodes thérapeutiques ont donné des résultats sensiblement comparables : autant de succès que d'échecs.

Nous devons donc convenir que les troubles psychotiques et psychonévrotiques survenant dans le télé-partum ne connaissant pas encore de traitement étiopathogénique.

T A B L E A U - II -

T E L E - P A R T U M

TRAITEMENT	Nombre de cas	Guérison	Amélioration	Echec
Psychiques : Drogues seules	8	3 37,5 %	3 37,5 %	2 25 %
Drogues + Sismothérapie	3	1 33 %	1 33 %	1 33 %
Curetage seul	0	0	0	0
Curetage + Drogues + Sismothérapie	7	3 43 %	2 28,5 %	2 28,5 %

T A B L E A U - II -

RECAPITULATIF

Traitements	Caté- gorie	Total des cas	Cas Traités	Guérison	Amélioration	Echec (Psychotisation)
Médicaments	Proto	48	17 35 %	2 12 %	6 35 %	9 53 %
Psychotropes	Méso	30	9 30 %	4 45 %	3 33 %	2 22 %
	Télé	17	7 11 %	3	2	2
Psychotropes	Proto	48	8 17 %	1 12,5 %	5 62,5 %	2 25 %
+	Méso	30	6 20 %	0	4 67 %	2 33 %
Sismothérapie	Télé	17	3 18 %	1 33 %	1 33 %	1 33 %
Curetage seul	Proto	48	7 15 %	7 100 %	0	0
	Méso	30	1 3,3 %	1 100 %	0	0
	Télé	17	0	0	0	0
Curetage	Proto	48	14 30 %	4 28,5 %	6 43 %	4 28,5 %
+	Méso	30	14 46 %	4 28,5 %	9 64,5 %	1 7 %
Psychotropes						
+	Télé	17	7 41 %	3 43 %	2 28,5 %	2 28,5 %
Sismothérapie						

C H A P I T R E - IV -

LES CLASSIFICATIONS CLINIQUES

Les critères de classification clinique de nos malades
sont :

- Le degré d'altération de la conscience
- Le degré d'altération de la personnalité.

I - ETATS CONFUSIONNELS :

Ils sont caractérisés par une altération fonctionnelle
de la conscience qui se trouve dans un état intermédiaire entre
la lucidité et le coma :

1°) Perturbation des opérations mentales :

On constate une désinsertion du réel.

a) Un affaiblissement et une labilité de l'attention
spontanée :

Les sollicitations du monde extérieur ne parviennent pas
à l'intéresser : les perceptions sont floues, faussées, la malade
ne reconnaît pas ses parents, ni les objets qui l'entourent.

b) Une disparition de l'attention volontaire se manifestant
par une grande indifférence ou le sentiment douloureux de vivre une
situation étrange.

c) La désorientation temporo-spatiale :

Elle est constante. Il suffit qu'elle existe pour que l'on soit en droit d'affirmer la confusion mentale : La malade ne sait pas quel jour de la semaine on est, ni à quel moment de la journée.

Elle est incapable de dire où elle habite ni où elle se trouve.

Les réponses changent si on lui repose les mêmes questions un moment plus tard ou si une autre personne l'interroge. D'ailleurs ces réponses ne semblent revêtir aucune signification pour la malade.

d) La mémoire :

La fixation est pratiquement nulle : la malade n'enregistre pas ce qui se passe : elle est incapable de se souvenir si elle a mangé ou si elle a avalé un comprimé un moment avant. Elle ne sait pas qu'elle vient d'être mère.

Le passé lointain est impossible à évoquer.

2°) L'activité Onirique :

Il s'agit du délire confuso-onirique qui "constitue l'expérience délirante et hallucinatoire typique des états confusionnels".

La malade a des hallucinations visuelles et auditives parfois même kinesthésiques ; elle a une perception erronée du monde extérieur.

De ce fait, elle est plongée dans un monde irréel, de tonalité affective le plus souvent péjorative, auquel elle adhère entièrement : elle vit des scènes avec des personnages imaginaires, exécute des actes qui lui sont ordonnés par des êtres invisibles etc...

Les thèmes du délire onirique sont variés :

- de persécution
- mystique
- érotique
- fantastique

La malade, sous son empire peut commettre des actes graves :

- agression de l'entourage, tentative d'infanticide,
- tentative d'autolyse.

Les états confusionnels sont avec les états d'agitation psycho-motrice, les plus souvent rencontrés dans les troubles mentaux du post-partum.

Dans notre expérience nous en avons collationné 36 cas/95 observations.

La majorité soit 17 cas sont des malades du proto-partum.

II - LES ETATS PSYCHOTIQUES FRANCS :

Dans ce cadre nous rangeons les états de désorganisation profonde de la personnalité :

Nous avons distingué parmi nos observations deux formes :

a) Les psychoses aiguës

Caractérisées par l'intallation brutale, en bouffée, d'un état exito-moteur auto-entretenu avec :

- gesticulation importante, bris d'objets, coups portés à l'entourage etc...

- excitation psychique : logorrhée, propos incohérents, cris, agressivité verbale.

- Insomnie totale

- Anorexie

- Le contact est difficile ou impossible.

Nous avons observé ce type d'état psychiatrique chez 28 malades dont :

- 17 dans le proto-partum

- 4 dans le méso-partum

- 7 dans le télé-partum.

b) Les Etats Psychotiques évolués :

Il s'agit des 6 malades du méso-partum qui avaient des antécédents psychiatriques connus : le tableau était déjà assez évocateur au moment de l'admission, le diagnostique a pu être porté dès ce moment sur les symptômes suivants :

- Contact impossible
- Réponses à côté ou barages
- Stéréotypies.

La consultation d'un ancien dossier quand elle a pu être faite a permis de confirmer le diagnostique :

Ils se répartissent comme suit :

- 1 psychose hallucinatoire chronique
- 4 schizophrénies
- 1 hébéphrénie.

III - LES ETATS PSYCHONEVROTiques :

Il s'agit de malades dont l'état de conscience est conservé. Par contre, les conduites sociales et la thymie sont perturbées :

Les symptômes rencontrés chez toutes les malades de cette catégorie sont :

- l'Asthénie avec perte de l'élan vital : toute velléité d'effort est inhibé à la source.

- l'Anxiété ou même l'angoisse, se traduisant par des manoeuvres de défense : agressivité, rites de lavage, activité mystique :

- l'Anorexie
- l'Insomnie
- la tendance à l'isolement.

De manière moins constante nous avons rencontré :

- des Céphalées
- des plaintes hypochondriaques multiples et variées, la malade se plaignant de tout son corps ou d'un organe chaque fois différent.

Nombre de cas : 25 dont 11 dans le proto-partum

9 dans le méso-partum

5 dans le télé-partum

Ils se répartissent au sein du cadre général des états dépressifs en :

- Etats dépressifs anxieux : 10 cas
- 3 Proto-Parum
- 3 Méso-Parum
- 4 Télé-Partum.

- Etats d'épuisement : 14 cas
- 8 Proto-Partum
- 6 Méso-Partum.

Etat dépressif mélancolique : 1 cas.

- Télé-Partum.

Etats Confusionnels	Etat de Conscience	Activité Psychique de base	Intégrité de la personnalité	Comportement Social
Proto-Partum : 17 Méso-Partum : 8 Télé-Parum : 11 Total = 36	Obnubilation Hallucination Délire Onirique	Attention faible ou nulle Amnésie de fixation et d'évocation hallucination.		Aucun contact avec le réel
Etats psychiques francs. Proto-Partum : 17 Méso-Partum : 10 Télé-Partum : 7 Total = 34		Fléchissement intellectuel réponses à côté barages	Personnalité désintégrée	Inadaptation Apragmatisme Aucun contact
Etats psycho-névrotiques. Proto-Partum 11 Méso-Partum 9 Télé-Partum 5 Total = 25	Conservé		Intégrité conservée	

C H A P I T R E V

LES CLASSIFICATIONS THERAPEUTIQUES

Les sychoses du post-partum traitées en 1967-68-69 dans la clinique de psychiatrie d'Alger ont été admises dans un tableau d'urgence. Il nous a donc paru important d'adopter une attitude thérapeutique générale claire, basée sur une classification rapide des cas puisqu'elle est fonction de la chronologie des troubles par rapport à la date de l'accouchement.

I. LES INDICATIONS DU CURETAGE EVACUATEUR :

Nous pensons que toutes les malades qui présentent des troubles psychiatriques dans les dix jours qui suivent leur accouchement doivent, en priorité sur tout autre traitement subir un curetage évacuateur de la cavité utérine.

Chaque fois que cela nous a été possible, nous avons confié ces malades au gynéco-obstétricien.

Nous avons demandé que le produit du curetage soit envoyé à l'Anatomopathologiste, afin de connaître

- l'aspect cytologique (polymorphe inflammatoire)
- et l'aspect évolutif (allure des tubules)

Les résultats :

1) Tous les curetages demandés au cours du proto-partum ont ramené des débris :

- de membrane ovulaire
- de placenta

2) Les protocoles anatomopathologiques ont révélé dans tous les cas des anomalies :

- soit des images d'inflammation et d'infection
- soit des images de stade évolutif de l'endomètre anormal par rapport à la date de l'accouchement

Nous reproduisons ici 2 protocoles anatomopathologiques

Madame S. Saida 46 ans (Prélèvement fait au 15ème jour
de l'accouchement)

"Larges lambeaux de muqueuses endométrale de type prolifératif avec hyperplasie glandulaire assez marquée réalisant des aspects pseudo-adénomateux"

Madame A.A Houria 28 ans (prélèvement fait 20 jours
après l'accouchement)

"Les prélèvements remis à l'examen sont constitués par:

- Des faisceaux de fibres musculaires lisse réguliers et bien différenciés comportant des éléments inflammatoires lymphocytaires à disposition périvasculaire.
- quelques lambeaux de muqueuse utérine faite de tubes glandulaires de petite taille dont l'épithélium est cubique basophile,
- un chorion cytogène dense où l'on note de l'œdème et des suffusions hémorragiques

Il s'agit d'un endomètre au cours de la première partie du cycle!"

- 3) Quelques malades n'ont pas pu être immédiatement curetées car elles présentaient un foyer infectieux local qu'il fallait d'abord éteindre.

II. LES INDICATIONS DE CURES CLASSIQUES

a) Nous pensons que toutes les malades chez lesquelles les troubles son apparus entre le 11 ène et le 42 ène jour sont justiciables d'un traitement psychiatrique classique.

En effet, la majorité d'entre elles présentaient avant l'accouchement, des antécédents psychiatriques avérés, personnels ou familiaux.

Les tentatives de curetage évacuateur isolé ne les ont pas améliorées.

C'est dans cette catégorie que nous avons eu le plus souvent recours à toutes les armes thérapeutiques ensemble ou successivement et notamment à l'association neuroleptiques-sismothérapie.

C'est pourquoi aussi nous observons dans cette catégorie le plus grand nombre de malades ayant effectué un long séjour à la clinique de psychiatrie.

MALADES YANT SEJOURNE PLUS DE I MOIS AU COURS DE L'EPISODE

: Proto-partum :	Meso-partum :	Télé-partum :	:
: _____ :	: _____ :	: _____ :	:
: 12/48 :	: 9/30 :	: 4/17 :	:
: _____ :	: _____ :	: _____ :	:
: 25 % :	: 30 % :	: 23,5 % :	:
: _____ :	: _____ :	: _____ :	:

De ce fait les malades du mésopartum doivent être considérées comme atteintes de troubles mentaux dont la pathogénie est indépendante de la puerpéralité.

Celle ci n'ayant constitué qu'un événement révélateur en facilitant, par l'affaiblissement des défenses biologiques, l'émergence de désordres-psychiques latents.

Elles doivent bénéficier de traitements adaptés au syndrome clinique.

Il faut traiter la confusion

- l'agitation
- l'excitation
- le délire

Par les neuroleptiques majeurs et au besoin la sismothérapie.

Il faut dès qu'un calme suffisant est obtenu, explorer par les épreuves cliniques, et les tests, le type des altérations de la personnalité, et le déficit intellectuel éventuel. Il faut pouvoir se prononcer sur le pronostic et déterminer la conduite à tenir avec ces malades au cours de la surveillance en post cure = traitement au long cours

- réinsertion socio-familiale
- limitation des grossesses

b) Nous pensons que dans l'état actuel de nos connaissances, les malades du télé-partum doivent également bénéficier de cures psychiatriques classiques chaque fois qu'un désordre neuro-endocrinien n'a pu être situé ; mais ce traitement est à visée strictement symptomatique.

En effet le problème primordial chez ces malades est le rétablissement d'un cycle ovarien normal; nous avons vu que 14 des 17 malades n'avaient pas eu leur retour de couches.

III. LES CURETAGES DE STIMULATION EN " FEED-BACK "

Nous avons posé leur indication dans les troubles du télé-partum.

Au risque d'avoir étonné les gynécologues non prévenus, nous avons souvent demandé une révision utérine pour des malades qui avaient accouché depuis plusieurs mois et chez lesquelles l'involution utérine était complète et le col fermé.

Voici le protocole anatomopathologique d'une biopsie de l'endomètre chez une malade présentant une psychose du télé-partum :

Madame F. Keira 20 ans : Prélèvement fait 4 mois après
l'accouchement.

" Endomètre atrophique et au repos fonctionnel "

Chez ces femmes qui n'ont pas vu se rétablir des règles vraies, nous avons cherché à produire une stimulation mécanique de l'endomètre.

Se ralliant à la théorie de Delay et Coll, la clinique psychiatrique d'Alger a observé un succès certain, puisque sur 7 cas ainsi traités, 5 ont vu réapparaître leur règles :

3 d'entre elles ont guéri en même temps de leur maladie mentale.

2 ont vu leur état psychique s'améliorer et sont sorties avec un traitement de consolidation.

Le curetage de stimulation a toujours été associé à un traitement par les médicaments psychotropes, il a été décidé chaque fois que ces médicaments seuls ne produisaient pas d'amélioration.

Nous verrons plus loin que ces malades nous semblent relever, d'abord de l'endocrinologie.

RESULTATS : Sur 17 cas de psychose du mésopartum :

Traitement	Nbre de cas	Guérison	Amélioration	Echec
Psychotropes seuls ou avec sismothérapie	10	4 = 40%	4 = 40%	2 = 20%
Psychotropes + sismothérapie + curetage	7	3 = 42%	2 = 29%	2 = 29%

Si nous devons résumer les indications thérapeutiques de la clinique psychiatrique d'Alger nous disons :

1) Le curetage évacuateur :

doit être systématique chez toutes les malades du proto-partum.

2) Les cures classiques :

Psychotropes }
Sismothérapie } = sont à offrir à toutes les malades du
mésopartum et du télé-partum.

3) Les curetages de stimulation :

doivent être tentés chez les malades du télé-partum qui n'ont pas eu leur retour de couches.

Proto-partum	Curetage évacuateur + Correction des troubles somatiques
Méso-partum	Traitement à visée psychotrope = drogues + sismothérapie
Télc-partum	Traitement symptomatique Psychiatrique + curetage de stimulation

CH A P I T R E - VI -

HYPOTHESES PATHOGENIQUES ET DISCUSSIONS

I - PROTO-PARTUM ET ETAT CONFUSIONNEL TOXI-INFECTIEUX :

Les psychoses du proto-partum sont les plus fréquemment rencontrées. Ce sont elles qui nous paraissent les plus étroitement liées à l'évènement accouchement. Mais peut on dire qu'elles sont provoquées par lui/^{et}par lui seul ? et sinon quel rôle joue-t-il dans leur pathologie ?

La plupart du temps nous nous trouvons devant un état confusionnel identique à celui engendré par certaines toxi-infections : il comporte un cortège de désordres biologiques qui perturbent l'homéostasie au point d'affecter les cellules du système nerveux central.

a) L'intoxication ne se traduit que par des signes indirects : troubles de la conscience, ou délire onirique.

C'est l'argument thérapeutique qui va nous aider à y voir clair :

Chaque fois que nous avons pu faire un curetage évacuateur précoce, nous avons constaté une régression rapide des troubles psychiques :

Tout se passait comme si les débris placentaires ou membranes retenues dans la cavité utérine se comportaient en corps étrangers agressifs.

Ils empêcheraient la restauration de l'endomètre et ils produiraient par un mécanisme qui reste à découvrir, un empoisonnement de l'organisme.

C'est pourquoi il nous a suffi dans certains cas d'évacuer l'utérus pour mettre fin à l'épisode pathologique mental.

"DELAY et CORTEL ont montré que dans les psychoses puerpérales on rencontre constamment à l'examen de la muqueuse utérine (biopsie de l'endomètre) des images caractéristiques :

La reconstitution de la muqueuse ne se fait pas ou se fait mal, alors que normalement la régénération de la muqueuse utérine se fait en trois étapes et est complète en quarante jours environ (PORTES et ROYER-ROZAT).

L'examen des coupes montre des images qui seraient pathognomoniques : coexistence de plages normales avec des plages de destruction : densité particulière du stroma avec noyau filamenteux en "virgule" très éosinophile : tubes informes, sans lumière ou plicaturés "en labyrinthes" ou ouverts dans le stroma "en fer à cheval".

De telles images persistent tant que dure la psychose ;
elles disparaissent rapidement à la guérison.

On les constate même dans les formes tardives ou extrêmement
longues (EY-BERNARD-BRISSET).

b) quant à l'infection, elle est constante mais nous pensons
que son rôle est moindre dans la genèse des troubles psychiques :
elle contribuerait à affaiblir les défenses de l'organisme et à le
rendre plus vulnérable à d'autres agressions. Il faut la traiter
pour hâter la guérison.

Il reste à expliquer pourquoi toutes les parturiantes qui
font une rétention placentaire et une infection du post partum ne font
pas de psychose.

On peut penser qu'il existe des facteurs favorisant
individuels, abaissant le seuil de résistance à la maladie mentale,
sans que l'on puisse parler de personnalité psychogène ; en effet
cette personne pourrait ne jamais faire de psychose.

Un bouleversement biologique et psychologique aussi important
que l'accouchement, surtout si la patiente le craint ou n'y est pas
préparée, et l'action conjointe de l'infection et de la rétention
utérine contribuent à renverser un équilibre déjà précaire.

Ajoutons à l'appui de cette hypothèse la régression très nette des cas de psychoses du post-partum avec l'amélioration du niveau de vie et des conditions sanitaires.

II-MESO-PARTUM ET PSYCHOSE AUTONOME DECLENCHEE, REVELEE,
RECHAUFFEE, INDUITE :

Nous nous rallions aux auteurs qui refusent de voir dans ces psychoses une production de la puerpéralité.

Les patientes de ce groupe ont des personnalités prédisposées aux désordres psychiques.

Indépendamment de la maternité elles peuvent présenter des phénomènes psycho-névrotiques, l'accouchement n'a fait que révéler ou réchauffer une psychose latente.

Nous avons vu surtout que 6 sur 30 soit 20 % d'entre elles étaient atteintes de psychose chronique.

Les arguments thérapeutiques et évolutifs concourent à faire considérer ces malades comme relevant de la psychiatrie générale :

- Elles ne réagissent pas au curetage utérin,
- Leurs troubles psychiques ne peuvent être contrôlés que par la thérapeutique classique : neuroleptiques, électrochocs.
- Les résultats du traitement sont inconstants et les rechutes nombreuses.

Les psychoses et les névroses du méso-partum même si elles revêtent le tableau de crise aiguë passent, sous contrôle thérapeutique par des phases de rémission - nous disons de stabilisation - et de rechutes.

La stabilisation est plus longue à obtenir sous neuroleptiques ou sédatifs seuls, elle est d'installation plus rapide si l'on associe la sismothérapie, mais les périodes de rémissions sont alors plus courtes.

En fait elles réagissent à nos méthodes thérapeutiques comme les psychoses et les névroses habituelles.

III - TELE-PARTUM ET ENDOCRINOLOGIE :

La pathogénie du télé-partum est certainement la plus mal connue; on a parlé de "psychose de la lactation", "folie des nourrices".

Sur le plan clinique nous avons vu qu'il s'agissait surtout d'états dépressifs polymorphes, à début insidieux, d'évolution lente chez des accouchées qui presque toutes n'avaient pas encore leur retour de couches.

Nous pensons que l'élément essentiel de cette pathogénie doit se situer dans la sphère neuro-endocrinienne : le rétablissement du cycle menstruel est sous la dépendance directe de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien.

Les stimulines neuro-hypophysaires activent l'ovaire qui, par des sécretions oestroprogestatives entretient le cycle évolutif de l'endomètre.

L'état de l'endomètre à son tour conditionne la sécrétion ovarienne.

Des glandes endocrines extérieures à cet axe peuvent modifier son fonctionnement par un mécanisme compétitif : les interférences des hormones thyroïdiennes sur la sphère génitale sont connues.

A cours de la grossesse parallèlement à l'accroissement considérable des oestrogènes et de la progestérone il y a une augmentation importante des 17 cestostéroïdes, ainsi qu'une hyperplasie de la grande thyroïde.

La parturition met une fin brutale à un équilibre hormonal lentement constitué : puis, dans une évolution normale, la production hormonale se rétablit lentement au taux physiologique en l'absence de lactation.

Les psychoses du Télé-Partum seraient caractérisées par une perturbation de ce rétablissement des sécrétions hormonales à un taux normal, soit isolée, soit concernant plusieurs hormones.

Parmi les nombreux résultats de recherches endocrinologiques nous pouvons citer les cas où les taux de progestérone et de prégnandiol étaient anormalement élevés.

Nous pouvons citer également les conclusions de l'étude anatomopathologique de biopsie de l'endomètre et les dosages de folliculine chez des femmes présentant des psychoses du télé-partum et chez lesquelles il existe une reprise d'écoulements plus ou moins périodiques qui font croire à un retour de couches :

En fait il s'agit d'hémorragies folliculaires du type des hémorragies du 14 ème. jour.

Mais des dosages systématiques sur un assez grand nombre de cas et dans des conditions qui permettraient d'en tirer des conclusions valables restent à faire.

Le traitement étiopathogénique des psychoses du télé-partum pourra être codifié lorsque tous les mécanisme endocriniens responsables de la maladie seront élucidés.

C H A P I T R E V I I

CONCLUSIONS PRATIQUES D'ORDRE PREVENTIF ET CURATIF

A la lumière de nos 95 observations et des résultats enregistrés et appréciés avec un recul de trois années, nous pouvons tirer les conclusions pratiques suivantes :

I. MESURES A PRENDRE D'ORDRE PREVENTIF :

a) Mesures d'ordre général : Elles ne dépendent pas toujours du médecin. Il s'agit du relèvement du niveau socio-économique de la population : la quasi totalité de nos malades appartiennent à la couche déshéritée de la population. Elle est logée dans des conditions insalubres et son alimentation est insuffisante en quantité et en qualité.

Il est certain que le relèvement de son niveau matériel et l'amélioration de ses conditions de logement feront baisser la morbidité dans ce milieu.

b) L'extension de la protection maternelle et infantile ; La Sécurisation de la grossesse et de l'accouchement :

Il faut répandre l'information sur la planification des naissances pour lutter contre les grossesses rapprochées qui épuisent les jeunes femmes, dont elles affaiblissent les défenses biologiques et fragilisent l'équilibre nerveux.

La campagne d'explication de la politique de la planification doit suivre une ligne directrice qui soit commune à tous les médecins et au personnel responsable du planning familial à travers le pays.

Il est regrettable que des idées très contradictoires sur la question soient répandues et entretenues par des membres du corps médical : ils déconseillent et condamnent les procédés contraceptifs au nom d'une fausse prudence médicale, exposant leurs patientes à des dangers réels tels que la maladie mentale.

Le rôle du médecin ^{de} averti est de détecter les exceptionnelles contre indications, et/choisir la meilleure méthode dans chaque cas particulier.

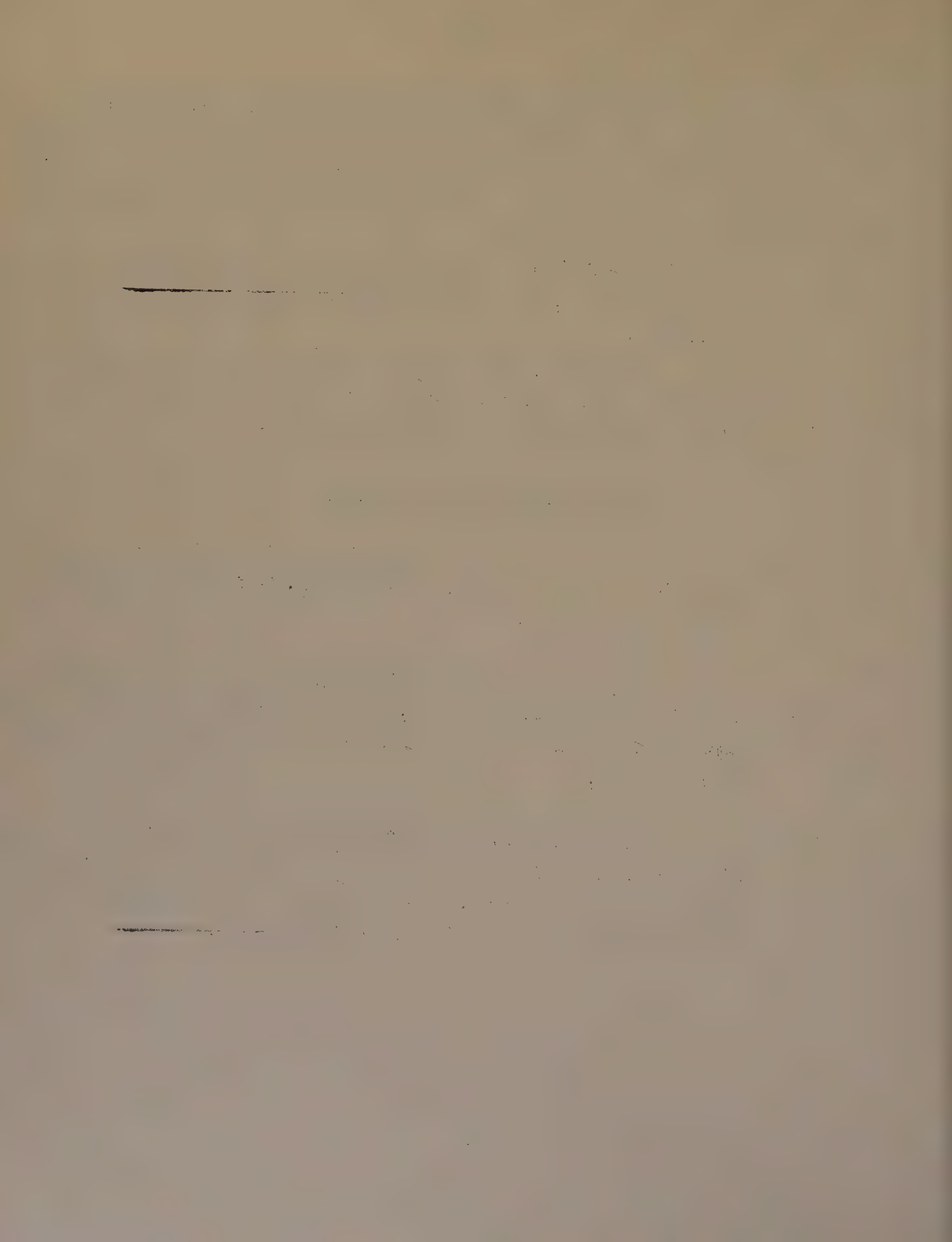
Il semble, compte tenu du niveau de culture et du mode de vie de la majorité des femmes en Algérie que la pose de stérilet soit la méthode la mieux acceptée donc la plus efficace.

c) La surveillance de la grossesse

Toute femme enceinte devrait bénéficier d'un examen gynéco-obstétrical en début et en fin de grossesse. Ceci à l'heure actuelle ne peut être qu'un vœux.

Des conseils simples d'hygiène et de diététique, vulgarisés par la radio et là où elles existent, par les accoucheuses aideront les futures mères à mener à bien leur grossesse et à créer les conditions correctes d'accouchement.

Il faut souligner le rôle très important de l'angoisse face à l'accouchement, angoisse entretenue par la tradition orale et l'ignorance des phénomènes biologiques. Toutes les femmes, à un degré plus ou moins élevé sont hantées par la douleur de l'enfantement.



d) L'amélioration des conditions d'accouchement et des suites de couches :

De plus en plus nombreuses sont les femmes qui accouchent en milieu médical : maternité rurale, clinique hôpital, ou qui s'assurent de l'assistance d'une sage femme. Mais elles restent une minorité relativement à celles qui accouchent encore à domicile, avec l'aide d'une parente ou d'une matrone. Ces accouchements sont très souvent suivis d'infection ou d'hémorragie, qui évoluent plus ou moins bien avec ou sans soins appropriés.

Ils entraînent des désordres biologiques qui peuvent retentir sur l'équilibre psychique et engendrer un état confusionnel toxi-infectieux.

Les structures de Santé Publique doivent tendre à la disparition de l'accouchement à domicile et des matrones, en offrant à toute parturiente des conditions d'asepsie et une protection médicale suffisantes.

- sage femme
- Antibiothérapie prophylactique
- Traitement des accidents éventuels
- Dystocies, hémorragies, rupture des parties molles etc...

L'assistance de la sage femme doit s'étendre à la période des suites de couches immédiates afin de consolider le climat de sécurité établi lors de l'accouchement et de liquider l'angoisse de la jeune maman face à ses nouveaux devoirs.

- conseils hygiéno-diététiques
- surveillance de l'état somatique afin de détecter à temps une défaillance organique ou psychique.

II. MESURES D'ORDRE PRATIQUE CURATIF :

1) Dans le proto-partum

Elles relèvent des médecins :

- Gynéco-obstétricien
- Psychiatre

Un accord doit exister entre l'accoucheur et le psychiatre concernant surtout l'attitude thérapeutique face aux psychoses du proto-partum.

a) Devant l'apparition de troubles mentaux chez une parturiente, le premier geste doit être le curetage évacuateur.

Nous avons vu que dans tous nos cas, le curetage a révélé une rétention placentaire ou membraneuse.

Il a permis la résolution spectaculaire de troubles psychiatriques aigus.

b) Un traitement symptomatique a visée somatique hâtera la guérison :

- Antibiothérapie
- Rééquilibration hydro-électrolytique
- Vitamino-thérapie
- Apport protidique.

c) Le traitement psychiatrique ne sera entrepris que dans les cas d'échec du curetage : on considère que le curetage a échoué s'il n'y a pas d'amélioration de l'état psychiatrique au 3^{ème} jour.

Nous pensons que si l'indication de curetage évacuateur est bien posée c'est à dire qu'il s'agit de troubles du proto-partum chez une patiente indemne d'antécédents psychiatriques autres que secondaires à la puerpéralité, le traitement psychotrope est inutile.

2) Dans les psychoses du méso-partum

Nous nous rallions à la conception des auteurs qui considèrent ces cas comme relevant de la seule psychiatrie :

Il s'agit de malades "prédisposées" immatures ou fragiles, ayant souvent présenté des épisodes psycho-névrotiques indépendants de la puerpéralité, ou étant connues dans leur entourage pour leur "nervosité" ou leur comportement "bizarre".

La conduite thérapeutique doit être classique :

a) Administration de neuroleptiques en fonction du symptôme prédominant :

- Agitation
- Délire
- Dépression

b) La sismothérapie peut renforcer l'action des drogues en particulier dans :

- les états dépressifs mélancoliques
- les bouffées délirantes
- les catatonies.

3) Dans les psychoses du télé-partum

Notre expérience de cette période est limitée puisqu'elle ne porte que sur 17 observations.

D'un point de vue pratique nous distinguons :

a) Les cas où il y a eu le retour de couches

Il faudrait s'assurer par une biopsie et un examen anatomo-pathologique de l'endomètre que le cycle ovarien a été établi .

Si c'est le cas, ce qui est rare, nous rechercherons un dysfonctionnement endocrinien en dehors de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien en explorant :

- les corticosurrénales
- la glande thyroïde.

Pour des difficultés d'ordre technique, nous n'avons pu faire des bilans hormonaux complets à nos malades, si ce n'est le bilan thyroïdien dans les cas où il existait un goître associé.

Nous prescrivons à ces malades :

- un traitement neuroleptique classique :
- sédatifs anxiolytiques
- thymoanaleptiques
- un apport hormonal
 - oestrogènes à dose filée
 - progestérone
 - Extraits thyroïdiens ou antithyroïdiens de synthèse. (Le traitement hormonal est surveillé par le laboratoire d'endocrinologie).

2) Les cas où il n'y a pas eu de retour de couches

C'est d'abord l'indication du curetage de stimulation de l'endomètre préconisé par DELAY et COLL.

En effet il arrive dans certains cas que la simple manœuvre de la sonde de NOVAK suffise à déclencher une amélioration décisive, comme si cette irritation utérine permettait la reprise de l'involution normale. Le plus souvent il faut demander ensuite un curetage complet.

Il est fréquent que cette seule manœuvre assure la guérison.

C'est son succès qui nous a conduit, dans l'état actuel de nos connaissances à adopter cette attitude thérapeutique.

CONCLUSIONS

Nous avons volontairement limité ce travail à l'analyse d'une expérience clinique et thérapeutique portant sur 95 malades ayant présenté des troubles psychique graves dans le décours du partum .

A- NOUS AVONS CONSTATE :

I - SUR LE PLAN CLINIQUE :

1°) - La fréquence des altérations somatiques associées au tableau psychiatrique.

2°)- La prédominance des cas dans la période du proto-partum.

3°)- La fréquence des états confusionnels aigus dans le proto-partum .

4°) La fréquence des antécédents psychiatriques avérés , personnels et familiaux et du passage à la chronicité chez les malades du néso-partum.

II- SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE :

1°) l'efficacité du curetage systématique dans le proto-partum.

2°)- Celle du traitement psychiatrique classique dans le néso-partum.

3°)- L'utilité du curetage de stimulation associé à la thérapeutique psychiatrique classique et à l'hormonothérapie dans le néso-partum.

III- SUR LE PLAN ETIOPATHOGENIQUE :

Les arguments thérapeutiques sont en faveur des facteurs étiologiques suivants :

1°)- La toxi-infection dans le proto-partum .

2°)- La prédisposition psychogène de la personnalité dans le néso-partum.

3°) Le dérèglement du fonctionnement

Hypothalamo-hypophyso-ovarien et l'inertie de l'endomètre dans le télé-partum.

B) NOS RESULTATS NOUS PERMETTENT DE PRECONISER LA CONDUITE PRATIQUE SUIVANTE :

I - SUR LE PLAN PREVENTIF ET PROPHYLACTIQUE

- 1°) Prendre les mesures qui diminuent le risque infectieux et traumatique des accouchements.
- 2°) Vulgariser la politique d'espacement des naissances.

II - SUR LE PLAN CURATIF

- 1°) Faire une révision utérine à toute femme qui présente des troubles névrotiques ou psychiatriques dans la période du proto-partum et dans la période du télé-partum.

- 2°) Traiter les psychoses et ~~névroses~~ du méso-partum comme des maladies mentales indépendantes de la puerpéralité.

Si nous ne devons retenir qu'une seule notion, de toute notre étude, c'est celle du rôle thérapeutique de la révision utérine lorsque l'indication en est bien posée : elle constitue un acte simple, rapide, aux effets immédiats et qui, entre des mains expérimentées ne présente aucun risque pour la malade.

